

# Santé mentale et psychiatrie

La note de position de l'Unafam sur les soins

2025

## Avant-Propos

L'Unafam porte un plaidoyer de santé mentale globale (Public Mental Health) qui englobe toutes les politiques publiques pour promouvoir la santé mentale, prévenir les troubles psychiques, apporter aux personnes vivant avec des troubles psychiques des soins, et aussi les accompagnements qui leur sont nécessaires pour accéder à une qualité de vie satisfaisante. Ce document est centré sur les soins en psychiatrie dans le respect des droits en santé, applicables pour les personnes vivant avec des troubles psychiques sévères qui concernent les adhérents de l'Unafam.

L'Unafam, association reconnue d'utilité publique fondée en 1963, avec ses 16 000 familles adhérentes et 1800 bénévoles répartis dans 99 délégations départementales et 350 points d'accueil partout sur le territoire et porteurs de 3500 mandats de représentation, a une vision globale du système de soins. La note de position s'appuie sur cette compétence expérientielle ubiquitaire.

Depuis les années 2000, plus de trente rapports dressent un constat similaire : la psychiatrie est à bout de souffle. Malgré un coût important direct et indirect, l'Unafam ne peut que noter **les difficultés d'accéder aux soins, les traitements aléatoires avec de grandes disparités** selon le praticien consulté, la perte d'espérance de vie sans aucune amélioration depuis 20 ans, les établissements souvent vétustes, partout désertés par les soignants, **une recherche sous dotée...** Autant d'obstacles qui, en plus de la stigmatisation, pénalisent le parcours de soins des personnes vivant avec des troubles psychiques ainsi que le parcours de leurs proches. Ces obstacles sont responsables de handicaps et de décès pourtant évitables au regard des progrès thérapeutiques actuels.

**De réelles avancées existent** : Le repérage des troubles et **les interventions précoces** se développent, **les équipes mobiles** pratiquant le « aller vers » sont de plus en plus nombreuses, **la réhabilitation psycho-sociale se diffuse... mais la qualité des soins est extrêmement hétérogène** : de rares services « pépites » coexistent avec des endroits d'où tout espoir est absent.



## Notre vision

### La qualité des soins

### dans le respect des droits

Notre plaidoyer repose sur trois axes essentiels : agir précocement et promouvoir le rétablissement pour tous dans le respect des droits et de la dignité des personnes vivant avec des troubles psychiques.

C'est sur ces propos liminaires que s'appuient les propositions de l'Unafam pour une refondation de la psychiatrie française.

#### 1 Agir précocement

Aujourd'hui encore, les maladies psychiques restent mal diagnostiquées et mal soignées. Les baromètres de l'Unafam révèlent que pour trois quarts des personnes, le diagnostic a eu lieu après plusieurs années d'errance pour des troubles graves et non nommés. Or les recherches montrent que, plus les personnes sont prises en charge précocement, au début de la maladie ou lors de l'apparition des signes prodromaux, meilleur est le pronostic.

#### 2 Promouvoir le rétablissement pour tous

Un rétablissement est possible pour chaque personne vivant avec des troubles psychiques. Il est primordial d'œuvrer à la mise en place d'une psychiatrie se concentrant sur le rétablissement des personnes malades et leur (ré)intégration dans la société.

Le rétablissement est possible pour tous, non en tant qu'objectif final, mais comme chemin dans la vie de la personne. Le rétablissement se distingue de la guérison et s'entend comme la possibilité pour chaque personne concernée de reprendre le contrôle de sa vie, de retrouver une vie qui ait du sens pour elle et la participation qu'elle souhaite à la vie sociale avec la reprise de son pouvoir d'agir. La prise en charge psychiatrique se doit dès aujourd'hui d'évoluer afin de pouvoir **proposer à chacun des soins de qualité**, respectant les bonnes pratiques, pour les accompagner résolument et le plus tôt possible dans la voie du rétablissement, en partenariat avec l'ensemble des acteurs œuvrant avec la personne concernée, soignants, services sociaux, familles.

**Pas de soins sans accompagnements, pas d'accompagnements sans soins** Les parcours de soins s'intègrent dans un parcours de vie. Ils ne doivent plus être pensés seulement à l'hôpital, mais en lien avec tous les acteurs contribuant au mieux-être de la personne, acteurs du soin (médecins généralistes, infirmiers dont en pratique avancée, care et case managers, psychiatres, psychologues...), du social et du médicosocial, entourage (famille, amis, collègues de travail...), et pairs-aidants, pour une prise en charge optimum des troubles.

Les proches doivent également pouvoir être davantage intégrés et informés pour mieux accompagner. En effet, seul un partenariat optimal avec les proches permettra à la personne concernée d'investir au mieux les soins proposés à un moment de son histoire médicale où l'absence de conscience de son trouble (anosognosie) domine. En synergie avec le suivi sanitaire, à chaque fois que de besoin, doit être mise en place une compensation du handicap dans l'objectif de permettre à la personne d'accéder pleinement à sa citoyenneté (ressources, activités, emploi, logement...).

Cette note est axée sur le parcours de soin des personnes concernées. Il faut la compléter par d'autres travaux de l'Unafam qui embrassent l'ensemble du parcours de vie (accompagnements, accès au logement, accès au travail et à la formation, ...) et surtout l'inclusion dans la citoyenneté.

#### 3 Rendre effectifs les droits

Les personnes concernées et les familles se heurtent en permanence à la difficulté de faire respecter leurs droits. Les rapports multiples du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, du Défenseur des Droits et du Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies constatent la non-prise en compte des droits.

# 48 propositions de l'Unafam pour une refondation de la psychiatrie en France

L'Unafam plaide depuis plusieurs années pour que la santé mentale devienne « Grande cause nationale » et se réjouit aujourd'hui de cette décision du Premier ministre.

Il nous faut ici redéfinir le périmètre de la santé mentale dans ses 3 dimensions :

- la promotion de la santé mentale positive et la prévention en population générale ;
- les troubles psychiques fréquents ;
- les troubles psychiatriques sévères et persistants pouvant s'accompagner de situations de handicap psychique <sup>1</sup>.

« La grande cause permet de lutter contre la stigmatisation, d'informer le grand public, d'améliorer l'accès aux soins et l'accompagnement vers le rétablissement »<sup>2</sup>. Mais elle ne suffit pas. Elle doit être prolongée par une véritable volonté politique pour la mise en œuvre de soins de qualité, intégrés dans un parcours de vie.

Cette volonté politique exige un plan interministériel impliquant la santé, le handicap, l'enseignement supérieur et la recherche, l'éducation nationale, la ville, le logement et le travail.

Il se traduirait concrètement par des campagnes d'information et de déstigmatisation, le déploiement de dépistages précoces, un dispositif d'annonce élaboré, des soins de qualité partout sur le territoire et dans le respect des droits des personnes, une réorganisation de l'offre de soins, un accompagnement soutenu et approfondi de l'utilisateur lors de son programme de rétablissement incluant le logement et le travail, un développement de la recherche actuellement sous-dotée.

**À l'instar des Plans Cancer ou Autisme, il est temps de mettre en place un nouveau plan santé mentale et psychiatrie !**

---

<sup>1</sup> dans Principales préconisations du « Rapport du tour de France des PTSM », DMSMP, octobre 2024.

<sup>2</sup> Angèle Malâtre-Lansac au Congrès de l'Encéphale, janvier 2025.

## 1 Développer le repérage précoce

Déployer une stratégie permettant le repérage précoce des signes d'alerte des troubles psychiques et une organisation identifiée de l'adressage des personnes pour des soins gradués et adaptés, afin de réduire l'évolution vers des troubles sévères et ainsi limiter, voire éviter, le handicap psychique.

### La formation des professionnels.

Comme dans la plupart des maladies, c'est l'entrée dans le parcours de soins qui sera déterminante pour prévenir les maladies mentales, assurer un repérage précoce et des soins de qualité. Lorsqu'une souffrance psychique débute, c'est le plus souvent vers son médecin généraliste ou son pédiatre que l'on se tourne. **Les généralistes traitent ainsi plus de 60 % des premières consultations liées à la santé mentale et entre 20 et 30% de leur patientèle présente une souffrance psychique.** Les médecins généralistes sont bien seuls face à la souffrance psychique de leurs patients, avec une formation parfois insuffisante et des liens quasi-inexistants avec la psychiatrie. Plus de 80 études randomisées ont démontré l'efficacité des soins collaboratifs.

Dans les soins collaboratifs, la prise en charge des troubles psychiques fréquents se fait au sein du cabinet de médecine générale grâce à une équipe de soins intégrée composée de médecins généralistes, d'un care manager (coordinateur de soins) travaillant à leurs côtés (infirmier ou psychologue) et d'un psychiatre à distance qui apporte son expertise. Ce type d'organisation permet une prise en charge optimale des troubles psychiques fréquents (troubles anxieux et troubles dépressifs). Un exemple français : le modèle Sésame.

### Une prise en charge précoce et intensive

Pour les pathologies les plus sévères, une prise en charge précoce et intensive traite à court terme la souffrance psychique responsable de suicide et empêche ou limite le handicap à moyen et long terme : elle est donc également efficace en terme économique, permettant de réduire les hospitalisations et les périodes durant lesquelles la personne est maintenue en dehors de la société reculant d'autant son inclusion. Les centres « psychoses émergentes » sont la réponse à l'apparition des pathologies sévères. Ils sont encore trop peu nombreux.

Des équipes mobiles « psychoses émergentes » apparaissent également.

## ➔ Nos propositions

**1** Une formation en psychiatrie à la hauteur de l'enjeu, initiale et continue, pour tous les médecins et renforcée pour les médecins généralistes et les pédiatres.

**2** La formation des personnels de l'enseignement (éducation nationale, enseignement professionnel, enseignement supérieur) qui sont les premiers en contact avec les jeunes et notent les premiers signes de souffrance lors du désengagement du jeune de son cursus scolaire.

**3** Des campagnes grand public pour informer et déstigmatiser.

**4** Le développement de soins collaboratifs avec une pluridisciplinarité des intervenants.

**5** Une organisation sanitaire qui veille à la couverture d'un accès au diagnostic précoce sur l'ensemble du territoire avec des centres spécialisés « psychose émergente » et des équipes mobiles.

**6** Une organisation des CMP pour réduire le délai d'attente du premier rendez-vous, en particulier en pédopsychiatrie.

**7** Le développement des lieux moins stigmatisés/stigmatisants : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, Maisons Des Adolescents.

**8** Le développement des Premiers secours en santé mentale.

## 2 Améliorer l'annonce du diagnostic

L'annonce du diagnostic est un moment clé pour la personne lorsqu'il s'agit d'une maladie psychique sévère. Il doit être immédiatement **suivi d'une psychoéducation du patient et de ses proches** pour réduire l'angoisse, expliquer la maladie débutante et les traitements qui vont mener au rétablissement, et permettre ainsi la meilleure alliance thérapeutique.

### ➔ Nos propositions

- 9** Appliquer et évaluer l'usage de **la recommandation de bonnes pratiques de la HAS** : « Processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère à un patient adulte », 2022
- 10** Former l'ensemble des soignants à la démarche **rétablissement en psychiatrie**
- 11** Développer **la pair-aidance usagers**.
- 12** Maintenir l'espoir et **soutenir les projets de vie** des personnes concernées
- 13** **Lutter contre la stigmatisation** par l'ensemble de la société incluant les soignants.
- 14** Soutenir **l'accompagnement et la formation des aidants**, par les associations et par les professionnels, et leur collaboration notamment dans Bref, pépite FIOP.
- 15** Rendre systématique **l'adressage vers des associations de patients et de familles**.

### 3 Améliorer la qualité des soins

La qualité des soins et le recours aux mesures coercitives sont aujourd'hui extrêmement hétérogènes : d'un établissement à l'autre et même souvent d'un service à l'autre au sein d'un même établissement, les soins sont très différents, le pire côtoyant le meilleur. Il s'agit ici d'une **inégalité grave, responsable de multiples pertes de chance**. Une transformation radicale du fonctionnement est indispensable : pour les patients comme pour les soignants dont la vie, pour les premiers, et le sens de l'engagement professionnel pour les seconds sont gravement impactés. Cette insuffisance globale de la qualité participe à la stigmatisation et au défaut d'attractivité de la discipline pour les jeunes professionnels.

#### ➔ Nos propositions

**16** Une prise en charge des troubles psychiques selon les connaissances scientifiques internationales avec l'élaboration, le suivi et l'évaluation de **recommandations de bonnes pratiques** comme il en existe dans la plupart des pays occidentaux.

**17** Réorganiser l'offre de soins avec un accès rapide à la première consultation spécialisée, des équipes de soins à domicile, une offre structurée de réhabilitation psychosociale<sup>3</sup>. Sortir de l'hospitalo-centrisme, séquelle de l'asile, pour une **psychiatrie communautaire**. Transférer les moyens de l'hôpital vers l'ambulatoire. Développer le modèle **FACT**<sup>4</sup>:

- Équipes mobiles responsables de l'ensemble des soins utiles à la personne, en la rencontrant dans son environnement, et en s'appuyant ainsi plus facilement sur ses forces et capacités pour l'aider à mieux fonctionner ;
- Composition d'une équipe pluridisciplinaire : travailleur social, infirmier, pair-aidant, psychologue, psychiatre, addictologue, spécialiste de l'emploi, case-manager, etc. L'idée générale, avec ces équipes, est à la fois d'éviter les hospitalisations et de favoriser l'insertion sociale, l'autonomie et la résilience.

**18** Compléter la formation en psychiatrie de tous les soignants, médecins de toutes disciplines et paramédicaux, notamment la formation des infirmiers, actuellement insuffisante, et développer les nouveaux métiers : **infirmiers de pratique avancée (IPA), care et case managers** (coordinateurs de soins et coordinateurs de parcours), **pair-aidants**.

**19** Développer des **offres intersectorielles** quand le secteur n'est pas l'échelle adaptée (réhabilitation psychosociale, équipes de soins intensifs à domicile...).

**20** Faciliter l'accès à un autre secteur quand le secteur n'apporte pas l'offre de soin adaptée ou ne convient pas à l'usager : **respecter la loi** qui est aujourd'hui très rarement respectée<sup>5</sup>:

« Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence. »

<sup>3</sup> Exemple du pôle centre rive gauche, Lyon Vinatier.

<sup>4</sup> Flexible Assertive Community Treatment développé notamment aux Pays-Bas.

<sup>5</sup> Article L.3211-1 du Code de la Santé publique.

**21** Développer et faciliter le plus tôt possible l'accès aux centres de niveau 3 pour les pathologies complexes, et à des structures de soins pour les pathologies résistantes, dans le respect du droit des personnes et sans stigmatisation. A défaut, les personnes qui souffrent de maladies difficiles, sont orientées vers les unités pour malades difficiles, summum de l'enfermement. C'est inacceptable !

**22** Pour chaque personne souffrant de troubles psychiques sévères, proposer un bilan d'évaluation complet, type réhabilitation psychosociale, enrichi d'un volet somatique et addictologique<sup>6</sup> aboutissant à la rédaction d'un programme de soins personnalisé incluant un volet social, co-écrit avec la personne et régulièrement réévalué.

**23** Les pathologies psychiques sévères, de gravité équivalente à celle d'un cancer, devraient bénéficier de la même qualité de prise en charge avec un bilan initial complet, un plan de traitement mis au point après une réunion de concertation pluridisciplinaire, et reposant sur des recommandations de bonnes pratiques puis une évaluation régulière de l'évolution.

**24** Permettre aux personnes en hospitalisation de longue durée de quitter enfin l'hôpital grâce à des soins de réhabilitation psycho-sociale adaptés et au développement des structures d'hébergement et d'accompagnement en milieu ordinaire.

**25** Donner une meilleure visibilité à l'offre de soins pour aider les personnes concernées, et leurs proches si la personne concernée est dans l'incapacité de le faire, à trouver rapidement le bon interlocuteur soignant.

**26** Eviter les ruptures de soins. Renforcer les coordinations de parcours dans les situations de rupture et y associer l'entourage : passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, modification locale de l'offre de soins (changement de professionnels, fermeture de structures), changement de domicile des personnes.

**27** Améliorer les soins somatiques : la perte d'espérance de vie est de 15 ans pour les personnes atteintes d'une pathologie psychique sévère dont les deux premières causes de mortalité associées sont les maladies cardio-vasculaires (liées notamment au fréquent syndrome métabolique) et le cancer. Faire un suivi somatique régulier selon les recommandations de bonnes pratiques de 2015, développer le repérage et la stratégie antitabac, lutter contre les préjugés et la stigmatisation qui conduisent les soignants à donner des soins somatiques dégradés.

Par exemple, on constate deux fois moins de revascularisation lors d'un syndrome coronarien aigu pour une personne atteinte de troubles schizophréniques<sup>7</sup> vs une personne qui n'en souffre pas.

**28** Améliorer l'offre de soins pour les pathologies duelles : troubles psychiques et addictions (50 % des personnes concernées par des troubles psychiques sévères souffrent d'addiction).

Les soins intégrés psychiatrie et addictologie ont montré leur supériorité sur des soins pratiqués par deux équipes distinctes.

**29** Développer en psychiatrie comme ailleurs une culture de l'évaluation.

---

<sup>6</sup> Instruction N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.

<sup>7</sup> Cédric Lemogne : « Santé cardiovasculaire et schizophrénies », pages 199 à 205 dans *Les Schizophrénies*, sous la direction de Sonia Dollfus, Lavoisier éd., 2019.

## 4 Améliorer l'accès aux soins en situation de crise

En psychiatrie, la crise est une décompensation de la maladie psychique qui non traitée va aboutir à une urgence. Tout doit être mis en œuvre pour éviter la crise et, si elle survient, la prendre en charge rapidement.

### 4-1 La prévention de la crise

Si la maladie psychique n'est pas connue : la crise est le plus souvent précédée de modifications du comportement que l'entourage constate sans comprendre ce qui se passe. [L'information du grand public, la formation des professionnels de premier recours, la formation des professionnels au contact des jeunes, l'augmentation du nombre de secouristes en santé mentale](#) permettront une prise en charge avant la crise<sup>8</sup>.

Si la maladie psychique est connue, tous les outils de prévention tertiaire énumérés ci-dessous doivent être développés.

### ➔ Nos propositions

**30** [L'éducation thérapeutique du patient \(ETP\)](#) consiste en un processus d'apprentissage par lequel une personne acquiert des compétences pour comprendre ses troubles, gérer la maladie qui la concerne, comprendre son traitement, reprendre du pouvoir sur sa santé et sa vie (empowerment). Cette thérapie mise en œuvre depuis 2009, dans un cadre réglementaire, est cependant encore insuffisamment développée, malgré une forte incitation des pouvoirs publics comme pour toute pathologie chronique.

**31** [L'Unafam propose un parcours d'accompagnement et de formation aux familles](#) basé sur la pair-éducation en complémentarité avec les dispositifs de psychoéducation proposés par les soignants. L'objectif est de permettre aux familles de construire leur parcours de rétablissement en développant leurs connaissances sur la maladie, leurs habiletés relationnelles avec le proche concerné et leur aptitude à résister dans la durée aux stress liés à l'accompagnement. [La psychoéducation pour les familles](#) est, après le traitement médicamenteux de la personne concernée, le deuxième acte thérapeutique le plus efficace.

Selon une méta analyse de 32 études randomisées, les taux de rechute des malades sont inférieurs de 40% à un groupe de contrôle lorsque leur famille a bénéficié d'un programme suffisant d'éducation thérapeutique.

**32** [Les directives anticipées en psychiatrie](#) rédigées dans une période calme permettent à la personne de repérer les signes de décompensation pour essayer d'en empêcher l'aggravation et d'organiser [sa prise en charge avant que la crise la rende inapte à consentir. Cela lui confère un certain contrôle et favorise l'acquiescement aux soins.](#) Les directives anticipées en psychiatrie peuvent être rédigées à partir de plusieurs outils dont les livrets de la collection « mon GPS » mis en ligne sur Psycom. L'aide d'un pair-aidant pour leur rédaction est précieuse. Le document devrait être intégré au programme de soins individualisé, régulièrement révisé et inclus dans le dossier du patient.

**33** [Les pairs-aidants/ médiateurs de santé pairs / patients-partenaires](#) qui vivent ou ont vécu une expérience équivalente, et dont la présence et les échanges avec la personne en souffrance peuvent être d'une grande aide.

**34** De manière générale, tout [accompagnement du projet de vie](#) de la personne, prenant en compte ses envies, ses besoins, ses compétences, ses priorités, ses besoins d'aide, va diminuer le risque de crise et éviter qu'elle ne demeure passivement dans le seul statut de malade sans avenir.

<sup>8</sup> cf pages 4 et 5, développer le repérage précoce.

## 4-2 La prise en charge de la crise

Il faut mettre en place une organisation sanitaire qui permette de répondre aux situations de crise afin d'enrayer la décompensation.

L'entourage voit souvent s'installer la crise déjà connue, sur des semaines ou des mois, spontanément ou à l'occasion d'un arrêt du traitement. Mais **obtenir de l'aide** s'avère la plupart du temps **extrêmement difficile**.

Exemples de réponse :

- « Votre proche est majeur et la demande doit venir de lui »,
- « Le mieux serait d'attendre que la police nous l'amène ».

Les familles constatent que leurs alertes pour leur proche en crise se perdent sans réponse et ne sont pas tracées.

### ➔ Nos propositions

**35** Les Centres Médico Psychologiques (CMP), pour rester le pivot des soins y compris dans les situations de crise, nécessiteraient pour certains une réorganisation offrant des accueils non programmés et des horaires plus adaptés aux besoins des personnes.

**36** Les plateformes téléphoniques d'accueil et de soutien / SAS psychiatrie pour les personnes concernées, leur entourage et les professionnels de premier recours devraient être accessibles partout sur le territoire. Les appels seraient ainsi tracés et suivis.

**37** Les consultations « famille sans patient » lorsque la personne concernée refuse toute prise en charge favorisent l'entrée du patient dans les soins. De telles consultations sont par exemple proposées au CPOA (Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil du GHU Paris-Psychiatrie Neurosciences) pour les Franciliens.

**38** Le développement d'équipes de soins intensifs en ambulatoire à domicile ou équipes mobiles de crise, réalisant une prise en charge au domicile, d'abord intensive puis progressivement décroissante, sont à généraliser. Elles évitent 50 % des hospitalisations et favorisent l'alliance thérapeutique, l'absence de rechute et le rétablissement. Si l'hospitalisation reste nécessaire, elle est préparée, pour éviter les mesures coercitives, la plus courte possible, avec prise en charge renforcée par l'équipe de soins intensifs dès la sortie afin de limiter les hospitalisations itératives.

**39** Les centres de crises surtout lorsqu'ils sont en accès direct et non après un passage aux urgences sont parfaitement adaptés à la situation de crise mais seulement lorsque la personne concernée accepte de s'y rendre, ce qui est loin d'être toujours le cas.

## 5 Améliorer l'accès aux soins en situation d'urgence

La circulaire du 30 juillet 1992 précise qu'il s'agit d'une demande dont la réponse ne peut être différée : « Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question [de pouvoir différer ou non], qu'il s'agisse du patient lui-même, de l'entourage ou du médecin ».

C'est une expérience encore trop souvent traumatisante pour le patient et sa famille, qui peut durablement compromettre l'alliance thérapeutique et ajouter un stress post-traumatique à la souffrance psychique, surtout en cas de mesures coercitives encore beaucoup trop fréquentes. **On ne devrait plus entrer dans les soins via les urgences.**

Lorsque la situation atteint un paroxysme qui contraint la famille à faire appel aux secours pour son proche, **la carence d'une organisation nationale claire des secours** psychiatriques déstabilise encore plus les familles alors qu'elles sont déjà dans une situation particulièrement difficile.

### ➔ Nos propositions

**40** Référencer comme acteur principal et numéro unique de l'urgence psychiatrique le **Samu -15- avec un professionnel de la psychiatrie** qui assure la régulation et la répartition des tâches ; organiser la coordination des services impliqués notamment par des conventions multipartites conformément à l'article L 3221-5-1 du code de la santé publique, et renforcer la formation des intervenants.

**41** Développer **des équipes mobiles de psychiatrie d'urgence**.

**42** Prévoir **dans les services d'urgence des hôpitaux généraux une organisation spécifique pour les personnes présentant des troubles psychiques**, conformément au décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 et aux recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence du 31 mars 2021.

**43** Développer **un accueil de l'entourage**, qui connaît la personne dans son fonctionnement habituel et a assisté à la décompensation.

## 6 | Rendre effectifs les droits

### Les droits des personnes handicapées

La Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH) ratifiée par la France en 2010 rappelle<sup>9</sup> dans son article 25 : « Les États Parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. »

Ce droit recouvre le meilleur état de santé globale possible psychique et somatique. Ce droit est également décliné dans la Charte sociale européenne<sup>10</sup>. Ces droits impliquent une offre de soins graduée, lisible et accessible afin que toutes les personnes concernées et leurs proches, si la personne concernée est dans l'incapacité de le faire, puissent accéder dans les meilleurs délais au diagnostic, aux soins et aux traitements sans discriminations fondées sur le handicap.

Le Comité Européen des Droits Sociaux a reconnu le 19 octobre 2022, dans la décision concernant la réclamation collective déposée par l'Unafam et ses partenaires, une violation de l'article 11 et a pointé un manquement de la France à adopter des mesures efficaces dans un délai raisonnable pour répondre aux besoins spécifiques des personnes handicapées dans les lieux de soins. Il reconnaît un manque d'accessibilité des structures d'urgence et une insuffisance de formation des professionnels de santé. Il note une absence de progrès face aux problématiques de manque de recours face aux refus de soin et de délais d'accès aux soins.

### Les droits généraux des usagers du système de santé

Ils sont applicables et exigibles pour les patients relevant de la psychiatrie. Nous citerons de manière non exhaustive :

- Le droit de choisir le praticien ou l'équipe<sup>11</sup>: « Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence. »
- Le droit à l'information sur son état de santé et les soins dispensés<sup>12</sup>.
- Le droit d'accéder aux informations personnelles de santé la concernant<sup>13</sup>
- Le droit de désigner une personne de confiance<sup>14</sup>
- Le droit au respect de la vie privée et au secret des informations<sup>15</sup>

---

<sup>9</sup> Le 13 décembre 2006, l'Assemblée générale des Nations-Unies adoptait la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH). Ratifiée par la France, la Convention est entrée en vigueur le 20 mars 2010. Article 25 de la CIDPH <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

<sup>10</sup> Art. 11 : Droit à la protection de la santé.

<sup>11</sup> CSP Art. L.3211-1.

<sup>12</sup> CSP Art. L1111-2.

<sup>13</sup> CSP Art. L1111-7.

<sup>14</sup> CSP Art. L1111-6.

<sup>15</sup> CSP Art. L1110-4.

## Les droits de l'entourage

- **Le droit de visite** <sup>16</sup>

« Les établissements de santé garantissent le droit des personnes qu'ils accueillent de recevoir chaque jour tout visiteur de leur choix. Sauf si le patient en exprime le souhait, aucune visite ne peut être subordonnée à une information préalable de l'établissement. »

- **Le droit de recevoir les informations utiles au soutien de la personne malade** <sup>17</sup> « En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. »

- **Les droits à l'information, la formation et aux soutiens des aidants** <sup>18</sup>

La loi de 2005 sur l'égalité des droits et des chances dans l'article 4 donne aux aidants le droit d'être formés à propos de la maladie qui touche le proche qu'ils accompagnent.

## Les droits spécifiques à la psychiatrie

En psychiatrie, il est possible de mettre en place des soins sans le consentement de la personne lorsque ses troubles psychiques l'empêchent de consentir aux soins qui lui sont nécessaires. Ces soins doivent être prodigués dans le respect de la personne et de sa dignité.

**Le consentement libre et éclairé du patient** <sup>19</sup> doit être recherché. Cet article de loi rappelle que **les soins libres sont la règle**. Pourtant **dans certains établissements, les soins sans consentement concernent la moitié des hospitalisations**, alors qu'ils restent très minoritaires ailleurs.

La participation à la décision conditionne l'alliance thérapeutique et la confiance entre l'équipe médicale, le patient et ses proches. Nous soulignerons l'importance de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour comprendre et adhérer aux soins.

---

<sup>16</sup> CSP Art. L1112-2-1.

<sup>17</sup> CSP Art. L1110-4.

<sup>18</sup> CASF Art. L114-3.

<sup>19</sup> CSP Art. L1111-4.

## Les soins sans consentement

Les études actuelles en France confirment les constatations de l'Unafam : **des usages extrêmement hétérogènes des pratiques coercitives selon les établissements** :

« En 2022, 76 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement à temps plein en psychiatrie : 37 % sont concernées par un recours à l'isolement, soit 28 000 personnes, et 11 % par un recours à la contention mécanique, soit 8 000 personnes. L'emploi de ces mesures varie de façon marquée entre les établissements, certains d'entre eux n'en faisant aucun usage.

L'ampleur des variations suggère qu'elles ne peuvent être justifiées par des différences de besoins des populations prises en charge et soulève des interrogations en lien avec les enjeux éthiques et juridiques associés à l'usage de l'isolement et de la contention. »<sup>20</sup>

**1. Les soins sans consentement sont encadrés par la loi**, et soumis à des contrôles par le juge des libertés.

Nous citerons de manière non exhaustive :

• **L'article 15 de la CIDPH rappelle :**

« Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique. »

**La France doit abolir la contention** pour son caractère inhumain et dégradant comme dénoncé par l'ONU

• **L'article 14 de la CIDPH promeut le Droit à la liberté et sécurité des personnes**

« Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres :

- a) Jouissent du droit à la liberté et à la sûreté de leur personne ;
- b) Ne soient pas privées de leur liberté de façon illégale ou arbitraire ; ils veillent en outre à ce que toute privation de liberté soit conforme à la loi et à ce qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté.

Les personnes en soins psychiatriques ne peuvent être privées de leur liberté de façon illégale ou arbitraire. Toute privation de liberté doit être conforme à la loi. Si les personnes sont privées de leur liberté à l'issue d'une quelconque procédure, elles ont droit, sur la base de l'égalité avec les autres, aux garanties prévues par le droit international des droits de l'homme et doivent être traitées conformément aux buts et principes de la présente Convention, y compris en bénéficiant d'aménagements raisonnables. »

**2. La Haute Autorité de Santé, dans le manuel de certification des établissements de santé, rappelle deux critères impératifs :**

• **Le recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) doit être argumenté et réévalué.**<sup>21</sup>

Les mesures restrictives de liberté sont des mesures de protection limitées dans le temps pour prévenir une violence imminente sous-tendue par des troubles mentaux. Elles ne doivent être utilisées qu'en dernier recours, en cas d'échec des mesures alternatives. Elles ne peuvent être réalisées que sur décision d'un psychiatre d'emblée ou secondairement, l'état clinique somatique du patient devant être pris en compte. Elles sont assujetties à une surveillance régulière et intensive. Aucune mesure d'isolement ne peut être décidée par anticipation ou « si besoin ».

Ce manuel de certification reste aujourd'hui en deçà des recommandations de l'ONU.

• **Le patient doit bénéficier du respect de son intimité et de sa dignité**<sup>22</sup>

« L'établissement met en place des mesures qui visent à garantir, en toute circonstance, le respect de l'intimité et de la dignité du patient, particulièrement dans les situations des chambres à plusieurs lits, d'attente dans les couloirs, de soins sans consentement, de contention, etc. **Le patient est traité avec égards et ne souffre pas de gestes, propos ou attitudes inappropriés de la part des professionnels. Le port du pyjama devrait être proscrit.** »

<sup>20</sup> E.Touitou-Buckard et coll. IRDESS questions d'économie de la santé, N°286 fév. 2024.

<sup>21</sup> Critère impératif 2.1-05 du Manuel de Certification des établissements de santé - Version 2024.

<sup>22</sup> Critère impératif 1.2-01 du Manuel de Certification des établissements de santé - Version 2024.

### 3. D'autres textes encadrent les droits de la personne en soins sans consentement

- Le droit de connaître son mode d'hospitalisation (SDRE, SDT, ...) <sup>23</sup> :

- Le droit de saisir des instances de recours <sup>24</sup>

- Le droit de saisir le Juge des Libertés et de la Détention <sup>25</sup>

- Le droit d'accès à la justice <sup>26</sup>

- Le droit à l'oubli <sup>27</sup>

- Le droit de faire une demande de main levée <sup>28</sup> :

« Le tiers peut contester devant le Juge des Libertés et de la détention, l'hospitalisation complète d'un proche, l'isolement et la contention. »

### Maltraitance, attention

Les soins en psychiatrie en particulier dans les situations de soins sans consentement peuvent générer des situations de maltraitance. L'article 16 de la CIDPH et l'Art.119-1 du code de l'action sociale et des familles rappelle les Droits de la personne à ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance.

La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations.

## ➔ Nos propositions

**44** La recherche rapide de solutions par les pouvoirs publics pour remédier à la violation de l'article 11 de la charte sociale européenne.

La feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018 complétée des mesures dédiées du Ségur de la santé et des 30 mesures des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie en 2021, son application par la délégation ministérielle santé mentale et psychiatrie (DMSMP) et le travail des PTSM vont dans le bon sens mais beaucoup reste à faire.

**45** La diffusion des droits par la formation initiale et continue de tous les professionnels et leur prise en compte au quotidien : l'arrêt immédiat des mesures systématiques dans certains services de mise en pyjama, confiscation du téléphone, interdiction des visites ou de tout contact

**46** Plus généralement la lutte contre la maltraitance en psychiatrie dont souffrent tant des personnes

**47** L'amélioration de la collecte (obligatoire depuis 2018 mais perfectible) et de la diffusion des données sur les soins sans consentement, l'isolement et la contention et des mesures rapides pour comprendre et modifier les pratiques dans les établissements, en commençant par les plus coercitifs. Des politiques publiques plus ambitieuses, soutenant les équipes soignantes dans la limitation de l'usage des mesures coercitives en psychiatrie, demeurent à être pensées pour atteindre tous les établissements.

**48** L'abolition de la contention comme nous l'avons fait savoir dans notre Manifeste pour l'abolition de la contention.

---

<sup>23</sup> CSP Art. L 3211-3.

<sup>24</sup> CSP Art. L3211-3.

<sup>25</sup> Décret n° 2021-537 du 30 avril 2021.

<sup>26</sup> Art. 13 de la CIDPH.

<sup>27</sup> CSP Art. 3211-5.

<sup>28</sup> CSP Art. 3211-12.

## Conclusion

Cette longue liste de propositions **peut paraître irréaliste dans ce contexte de restrictions budgétaires. Il n'en est rien.**

Certaines mesures ne demandent pas ou très peu de financement pour un retour sur investissement immédiat : la rédaction des mesures anticipées en psychiatrie, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement associatif et la psychoéducation des familles, diminuent très rapidement les rechutes et les réhospitalisations.

De nombreuses autres mesures s'obtiennent par un transfert de moyens de l'intra-hospitalier vers l'ambulatoire : la réorganisation des services avec notamment le développement des équipes mobiles à domicile, de soins intensifs et de type FACT.

D'emblée, grâce à ces mesures, à moyens constants, le coût global par patients diminue avec une baisse de 50% des journées d'hospitalisation complète. Et cet effet est durable car l'alliance thérapeutique est améliorée et les rechutes moins fréquentes.

Toutes ces demandes sont sous-tendues par une politique volontariste du rétablissement en santé mentale qui, associée au dépistage précoce et à la qualité des soins, va à moyen et long terme diminuer le handicap et son coût considérable, humain et financier.

**Nous pouvons et devons modifier en profondeur le système de soins en psychiatrie : c'est un enjeu sociétal majeur qui sera aussi financièrement bénéfique.**